Rok XXXII. Kraków, 7. Stycznia 1893. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

Obejmując z numerem niniejszym redakcyę *Przeglądu Lekarskiego* uważam sobie za obowiązek uwiadomić Szanownych Czytelników, w jakim kierunku działać zamyślam.

Zdaniem mojem *Przegląd Lekarski* powinien być pismem naukowem, uwzględniającem głównie potrzeby lekarzy praktycznych jako stanowiących największe koło jego czytelników, t. j. powinien iść ciągle za postępem nauki w szczególnem jej zastósowaniu praktycznem.

Dlatego zadaniem mojem będzie, by w *Przeglądzie Lekarskim* mieściły się następujące działy:

1) Artykuły oryginalne;
2) Zdania sprawy z obecnego stanu ważnych kwestyj naukowych;
3) Wyciągi z pism lekarskich;
4) Wiadomości praktyczne o postępach terapii;
5) Zdania sprawy z czynności korporacyj lekarskich;
6) Kronika różnych spraw interesujących świat lekarski;
7) Korespondencya redakcyi.

Spełniając życzenie Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego tudzież wielu Kolegów szczególną zwrócę uwagę na medycynę publiczną a mianowicie tak bardzo u nas zaniedbaną higienę i starać się będę w tym dziale tak o artykuły oryginalne jak i treściwe wyciągi z najlepszych pism szczegółowo téj gałęzi nauki lekarskiéj poświęconych.

Czując niedostateczność własnych swych sił liczę na życzliwą pomoc Szanownych Kolegów i przyjmę chętnie każdą przychylną uwagę, radę lub wskazówkę.

Domański.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Błękit metylenu (Mercka) przeciw zimnicy. [1])

Podali
prof. Dr. Stan. Pareński i Dr. Stef. Blatteis.

Podczas doświadczeń robionych przez nas we wrześniu 1891 r. w szpitalu na chorych z błękitem metylenu, aby nim przez podskórne wstrzykiwania zabarwiać pasorzyty zimnicze (*plasmodium malariae*) we krwi, zwróciło naszą uwagę, że napady zimnicze rychło ustawały a plasmodia we krwi znikały. Prób barwienia tą drogą zaniechaliśmy z powodu, że do żadnego dodatniego wypadku nie doprowadziły i nie zużytkowaliśmy ich wtedy co się tyczy ich leczniczéj doniosłości; dopiero po ogłoszeniu pomyślnych rezultatów używania błękitu metylenowego przez Ehrlicha i Guttmanna (*Berl. klin. Wschrft.* 1891) rozpoczęliśmy nim ponownie doświadczenia.

Po Ehrlichu i Guttmannie mnożą się próby leczenia

[1]) Praca niniejsza doręczona redakcyi dnia 28. Grudnia r. z. ukazuje się także w styczniowym zeszycie *Ther. Monatshefte.*

zimnicy błękitem metylenu a różni autorowie różne ogłaszają wypadki. Sławionéj bardzo skuteczności błękitu metylenowego opartéj na bardzo szczupłéj, bo tylko dwa przypadki wynoszącéj kazuistyce, sprzeciwiają się pesymistyczne twierdzenia Myi i innych, którzy błękit metylenu zarzucają i przypisują mu tylko przejściowe i to bardzo nieznaczne działanie.

Nasze siedmiomiesięczne badania, obejmujące 35 przypadków, pozwalają nam twierdzenia Guttmanna i Ehrlicha w zupełności potwierdzić i całkiem stanowczo orzec, że błękit metylenu na pasorzyt zimniczy rzeczywiście wpływa i że nietylko, jak Mya i inni twierdzą, napady zimnicze ustają chwilowo a pasorzyty nie giną, lecz że one pod wpływem błękitu metylenu po krótszym lub dłuższym czasie we krwi znikają.

Do swych badań wybieraliśmy tylko cięższe przypadki z napadami silnego dreszczu, ze śledzioną wyraźnie wymacać się dającą i po stwierdzeniu obecności plasmodiów.

Błękitu metylenu używaliśmy tak podskórnie jak i wewnętrznie. Wstrzykiwania roczczynu 1%, późniéj 5%, robiono dwa razy dziennie po jednéj jednogramowéj strzykawce; początkowo 0·02, późniéj 0·10 na dzień. Wewnętrznie zadawaliśmy błękit metylenu albo w torebkach klejowych albo w opłatkach po 0·40 do 0·50, po dwa do trzech razy dziennie. Używaliśmy go krystalicznego, nie zanieczyszczonego chlorkiem cynku, ołowiem lub arsenem, wyrobu Mercka.

Dla kontroli robiliśmy doświadczenia z dwoma innemi gatunkami błękitu metylenowego; pokazało się jednak, że preparat nie przez Mercka wyrabiany wywoływał różne nieprzyjemne zboczenia i że bez obawy można używać jedynie błękitu nie zawierającego chlorku cynku i arsenu, a takim jest wyłącznie przetwór Mercka. Odtąd jedynie tylko o merckowskim preparacie będzie mowa.

Oprócz 35 zimniczych używaliśmy tego środka u 20 innych tak chorych jak i zdrowych osób.

Użyty wewnętrznie w mniejszych dawkach, 0·1 do 0·2, nie sprawia błękit metylenu żadnych zboczeń. Wymioty po użyciu pierwszego proszka rzadko się wydarzają. W takich przypadkach znoszą chorzy drugi proszek bardzo dobrze. Nudności nigdy nie spostrzegano. Innych zboczeń jak bólu głowy, braku apetytu, dolegliwości co do stolca również nie dostrzegano. Stolec zabarwia się na niebiesko, mocz na niebiesko a nawet zielonkowato-niebiesko, po pewnym czasie zmienia się barwa moczu na zielonawo-żółtą a po jednym lub dwóch dniach zabarwienie to znika. Mocz tak zielono zabarwiony podlega bardzo powoli i późno kiśnieniu alkalicznemu tak, że tygodniami daje się w cieple trzymać nie ulegając rozkładowi. Dolegliwości w oddawaniu moczu należą do bardzo rzadkich a w takich przypadkach powstają po kilku takich dawkach i to w lekkim tylko stopniu.

Większe dawki, 0·40 do 0·60, sprowadzały często zaraz po pierwszym proszku wymioty, które po użyciu drugiego proszka już rzadziej a po trzecim proszku już więcéj się nie pojawiają. Jednem słowem pacyenci przyzwyczajają się bardzo łatwo do błękitu metylenu. — Na 55 przypadków przydarzyły się wymioty w dziesięciu po zażyciu pierwszego a co najwyżéj drugiego proszka a w jednym tylko przypadku pojawiły się pięć razy. Braku apetytu, dolegliwości żołądkowych, nudności nie spostrzeżono także po tych dawkach. Kobiety wymiotują częściéj niż mężczyźni, na dziesięciu chorych ośm kobiet. — Mocz zabarwia się na ciemno-niebiesko, to zabarwienie coraz bardziéj jaśnieje aż wreszcie po dwóch dniach znika. Dolegliwości w oddawaniu moczu powstają niekiedy, zapobiegano im jednak przez podawanie równocześnie na koniec noża węglanu magnowego. Te dolegliwości znikają podobnie jak wymioty po niejakim czasie; do tego środka przyzwyczaja się bowiem rychło tak, że się znosi dawki, które początkowo mogły były sprowadzić jakie nieprzyjemne objawy. Białko pojawiło się w moczu na 50 przypadków tylko w jednym i to w ilości bardzo małéj. Mocz nie okazywał żadnych zmian. Ilość urochromu i indoksylu jak również fosforanów ziemnych powiększała się a mocznika tylko w kilku przypadkach. Stolce zabarwiały się na niebiesko, pot i plwociny po wielkich dawkach na słabo zielonkowato.

Co się tyczy działania antypiretycznego, to osięgaliśmy po dawkach gramowych krótko trwające, co najwyżéj 0·15° wynoszące, obniżenia ciepłoty. U suchotników jednak uważaliśmy obniżenia ciepłoty po 0·5° a nawet 0·6° jak również zmniejszenie się potów w niektórych przypadkach.

Pod względem działania na stan ogólny jesteśmy zupełnie z niego zadowoleni.

Po użyciu preparatów nie pochodzących z fabryki Mercka powstawały dolegliwości żołądkowe, brak apetytu, osłabienie lub uczucie znużenia, bicie serca, ból głowy, czego nigdy nie było podczas używania preparatów merckowskich; przeciwnie nawet we wszystkich przypadkach poprawiał się apetyt i siły, chorzy nabierali lepszéj cery twarzy, czuli się bardzo dobrze do tego stopnia, że nawet inni chorzy o zadawanie im „niebieskiego proszka" prosili. Trudną rzeczą byłoby we wszystkich tych przypadkach przypisywać ten korzystny wpływ suggestyi.

U niektórych czy to chorych czy zdrowych powstają po dłuższem używaniu błękitu bóle w okolicy nerek (bez pojawienia się białka w moczu) i uczucie ciśnienia w czole. Pieczenia i drapania w połyku i przełyku, jak to twierdzi Althen (*Münch. med. Wschrft.* Nr. 1), nie spostrzegaliśmy.

Dawki gramowe wywoływają często dolegliwości ze strony narządu moczowego: parcie na mocz, pieczenie w cewce a niekiedy mimowolne oddawanie moczu.

Wpływ na narząd krążenia jest również mały. Prócz nieznacznego zwiększenia napięcia tętnicy i małego zwolnienia tętna nie dostrzeżono żadnego znaczniejszego działania.

Podskórnie użyty działa błękit metylenu w podobny sposób. Wstrzykiwania sprawiają mały ból W 3 przypadkach powstały nacieki, które bez ropienia się rozeszły. Pomyślny wpływ na stan ogólny wykazać również można przy wstrzykiwaniach. Niektórzy chorzy twierdzili, że oddychanie ich stawało się swobodniejszem i lżejszem. To samo mógł Dr. Blatteis stwierdzić na sobie samym, ale do tego nie przywiązujemy wielkiego znaczenia; wiadomą bowiem jest rzeczą, jak wielki ma wpływ suggestya przy świeżo użytym środku leczniczym.

Działania antypiretycznego tych wstrzykiwań nie ma także prawie żadnego. Mocz zabarwia się po użyciu podskórnem po większych nawet dawkach, 0·2—0·3, tylko na ciemnozielono a to zielone zabarwienie utrzymuje się mniéj lub więcéj przez tydzień. Stolec nie zabarwia się. Pot i ślina również nie. Działanie analgetyczne błękitu metylenu występuje bardzo wybitnie.

Co się tyczy działania błękitu metylenowego na chorych na zimnicę, to można je stwierdzić jako pomyślne tak na napady zimnicze, na wielkość śledziony, na plasmodya jak również na objawy poboczne. Używanie błękitu przecina zwykle natychmiast napady zimnicy, rzadziéj stają się one lżejszemi aż wreszcie zupełnie ustają. Widzieć można także, że w czasie zwyczajnego napadu zimniczego ciepłota się wzmaga bez poprzedniego jednak dreszczu. Napady znikają zwykle po 3—5 wstrzyknięciach, przy wewnętrznem używaniu po 3—6 a rzadziéj dopiero po 12 dawkach.

Z 35 przypadków mieliśmy tylko jeden, w którym błękit metylenu pomimo siedmiodniowego używania nie wywarł żadnego skutku, i drugi przypadek, w którym podczas leczenia błękitem metylenu pojawił się napad zimniczy po dwutygodniowej przerwie. W pierwszym przypadku chinina również nie miała wpływu, w drugim usunęła napady.

Co się tyczy wpływu na wielkość śledziony, to w 33 przypadkach można go było stwierdzić przez kontrolowanie wielkości stłumienia śledziony podczas używania błękitu, jak ono się mniéj lub więcéj zmniejszało. W trzech przypadkach zniknął w krótkim czasie obrzęk śledziony dość znacznéj wielkości (recydywy). W dwóch przypadkach nie można było wykazać żadnego zmniejszenia się śledziony.

Plasmodya znikają ze krwi daleko powolniéj niż ustępują napady zimnicze: w wielu jednak przypadkach nie można ich zupełnie dostrzedz już po 2 lub 3 dawkach. Pasorzyt półksiężycowy opiera się tak samo, jak chininie, również i wpływowi błękitu daleko mocniéj niż ameba śródciałkowa. W przypadkach zimnicy z półksiężycowym pasorzytem przez nas obserwowanych okazał się jednak błękit metylenu (może przypadkowo) daleko mocniejszą na pasorzyty te trucizną niż chinina. Przytaczamy tu dwa odpowiednie przypadki:

1) W. W., lat 22 liczący, rodem z Krakowa, nabawił się podczas pobytu w Suezie ciężkiéj zimnicy. Bezskutecznie używał miesiącami wielkich dawek chininy tak w Suezie jak i w innych szpitalach, w których podczas powrotu do domu przez dłuższy lub krótszy czas przebywał.

Stan obecny wykazuje indywiduum wynędzniałe z niedokrewnością bardzo wysokiego stopnia (1250000 czerwonych ciałek krwi), wielkiem osłabieniem, śledzioną wielką, twardą. Na obu siatkówkach wielkie wynaczynionki tak na samej plamce żółtej jak i naokoło niéj. Napady zimnicze dwa razy dziennie, przeciągłe, z długo trwającą następową gorączką. Badanie krwi wykazało obecność plasmodyów w małéj ilości. Napady zimnicze stwierdzono przez sześć dni. — Wstrzykiwanie dwa razy dziennie po 0·10 błękitu metylenu usunęło w trzech dniach zupełnie napady zimnicze. Siły nadzwyczaj podupadłe polepszały się z dnia na dzień. Plasmodya, choć po długim czasie, zniknęły zupełnie.

2) M. Fr., z ciężkiem zakażeniem zimniczem, obrzękiem znacznym śledziony, napróżno zażywał przez czas dłuższy trzy razy dziennie po 0·50 chininy. Badanie krwi wykazało wiele śródciałkowych i mało półksiężycowych plasmodiów. Przez używanie chininy zmniejszyła się tylko ilość śródciałkowych plasmodyów, ilość półksiężycowych nie uległa jednak zmianie. Po zaprzestaniu zażywania chininy pojawiły się rychło śródciałkowe plasmodia w większéj ilości. Użycie błękitu metylenu usunęło napady zimnicze; plasmodia śródciałkowe poginęły we krwi rychło, półksiężycowe dopiero po trzech tygodniach. Po dwóch miesiącach nastąpiła recydywa. We krwi wiele śródciałkowych oraz kilka półksiężycowych plasmodyów. Duże dawki chininy bez skutku. Podawanie przez 20 dni (dwa razy dziennie po 0·50) błękitu usuwa napady a plasmodya zupełnie znikają. Dotąd po czterech miesiącach nie ma recydywy.

Również wspomnieć musimy o dwóch przypadkach w których podawanie chininy nie wywarło żadnego skutku i nie było w stanie usunąć z krwi śródciałkowych plasmodyów a błękit metylenu okazał się skutecznym. Przeciwnie znamy prócz przypadku wyżéj opisanego, w którym wśród zażywania błękitu ani plasmodya nie zniknęły ani napady zimnicze nie ustały; dwa przypadki, w których chociaż napady zimnicze ustąpiły, plasmodya jednak mimo 8—10 dni trwającego leczenia błękitem nie znikały a chinina je po kilku dniach usunęła. Widzimy także, że w przypadkach recydywujących, leczonych poprzednio chininą, błękit metylenu okazuje się od niéj skuteczniejszym, jak również że w przypadkach zimnicy usuniętéj błękitem recydywy rychléj przy używaniu chininy znikają. Fakty te dozwalają przypuszczać, że prawdopodobnie pasorzyt przyzwyczaja się do tych trucizn.

Na objawy uboczne w przebiegu zimnicy, jak ból głowy, dolegliwości żołądkowe, uczucie znużenia i inne, wpływa błękit metylenu bardzo korzystnie. *Objawy te prędzéj ustępują niż podczas zażywania chininy.*

Bardzo dobre działanie spostrzegaliśmy w nerwobólach nadoczodołowych zimniczych. We wszystkich przypadkach znikały one wkrótce po zażywaniu błękitu. Bóle mięśniowe zdarzające się niekiedy w zimnicy, polepszają się bardzo pod jego wpływem. Możnaby mniemać, że skuteczność w nerwobólach jak i bólach mięśniowych i stawowych zależy wyłącznie od jego działania analgetycznego, na które Ehrlich zwrócił uwagę, lecz tak nie jest; w przypadkach bowiem nerwobólów, gośćca mięśniowego lub stawowego, w których plasmodya wykryto, bóle znikały podczas używania błękitu o wiele łatwiéj i szybciej.

Tu przytoczymy jeden przypadek:

M. S. Rozpoznanie: Gościec stawowy ostry. Mocne bóle w kilku stawach, obrzmienie ich, ciągła gorączka z małemi zwolnieniami. Leczenie: Przez dwa miesiące codziennie po 4 gramy salicylanu sodowego i po 2 gramy antypiryny — bez skutku. Badanie krwi wykazuje liczne śródciałkowe plasmodia. Dotychczasowe leczenie usunięto a wtedy wystąpiły okresowe regularne napady zimnicze. Zadawanie błękitu metylenowego usunęło w krótkim czasie tak napady zimnicze jak i bóle i obrzmienia stawów.

Również stwierdziliśmy korzystny wpływ na stan ogólny. Apetyt i wejrzenie polepszały się wybitnie. Szum w uszach, ból głowy i rozwolnienie, dolegliwości, któreśmy niekiedy po zażywaniu chininy spostrzegali, nie występowały nigdy. Z drugiéj strony zdarzają się niekiedy dolegliwości w oddawaniu moczu i wymioty, czego nie uważamy przy używaniu chininy.

Od recydyw nie obroni błękit metylenu tak samo jak i chinina; według naszego jednak doświadczenia nie wydarzają się recydywy po używaniu błękitu metylenowego częściéj aniżeli po leczeniu chininą — podczas gdy na 30 przypadków leczonych chininą wystąpiła sześć razy recydywa, to na 35 przypadków leczonych błękitem przydarzyła się tylko pięć razy, z tego w dwóch przypadkach w krótkim czasie a w trzech dopiero po dwu, trzech i półczwarta miesięcznéj przerwie.

Streszczając w krótkości, musimy powiedzieć, że w błękicie metylenu posiadamy bardzo dobry lek przeciwzimniczy, który jednak tak samo jak i chinina może w niektórych przypadkach zawieść. Uwzględniając to, że chinina po większéj części wystarcza, byłoby rzeczą zupełnie zbyteczną

chcieć ją zastąpić błękitem metylenu, który z powodu zabarwiania ciała i bielizny na niebiesko jest dość przykrym do używania. W przypadkach jednak, w których chinina zawodzi, szkodliwie działa, nieprzyjemne objawy uboczne wywołuje albo w przypadkach, w których się spodziewamy po błękicie metylenu lepszego skutku — jest lekiem równie dzielnym, jest koniecznie wskazanym i spodziewać się należy, że stale zajmie miejsce należące mu się w leczeniu zimnicy.

II. W sprawie podwiązania żyły udowéj.

Podali

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky i Dr. Stanisław Karpiński.

Pytanie, „czy i o ile godzi się podwiązać żyłę udową (*vena femoralis*) poniżej więzu Pouparta", pozostawało przez długi czas nierozstrzygniętem i jako takie było przedmiotem szczegółowych prac i doświadczeń, podejmowanych zarówno przez chirurgów jak i anatomów. Na podstawie znanych przypadków Rouxa i Linharta, w których po podwiązaniu żyły udowéj uległa kończyna zgorzeli, uważano powyższy rękoczyn za szkodliwy i dlatego to starano się unikać podwiązania téj żyły przez tamponowanie rany, boczne podwiązywanie, wycięcie i zeszycie ścian żyły (Koretzky) [1]) jakoteż przez podwiązanie tętnicy doprowadzającéj. Że to tylko częściowo się udawało a zwłaszcza ostatni zabieg operacyjny nadto chorego na poważne narażał niebezpieczeństwo, o tem pouczają nas dostatecznie statystyczne prace Rabego [2]), Brauna [3]), Kammerera [4]) i innych. Szczególnie anatomowie a w pierwszym rzędzie Sappey [5]) i Braune [6]), uważając żyłę udową pod więzem Pouparta za jedyne naczynie krew odprowadzające, oświadczyli się przeciw jej podwiązywaniu, zwłaszcza nagłemu. Braune w znakomitej swej pracy o żyłach na udzie u ludzi podaje, że połączenia żył ani przez otwór zasłonowy (*for. obturatum*), ani przez otwór kulszowy z powodu szczególnego urządzenia w nich zastawek, nie można uważać za drogi uboczne, któremiby krew żylna w danym razie mogła odpływać.

W skutek licznych, później pojawiających się doniesień o przypadkach, w których chorzy wcale dobrze znosili podwiązanie żyły udowéj [7]), zaczęto powątpiewać o prawdziwości zdania wygłoszonego przez Braunego a w ślad za tem usiłowano pogodzić dobre skutki w praktyce z rezultatami doświadczeń na zwłokach. Szczególnie H. Braun wykonał cały szereg doświadczeń zdążających do wyjaśnienia tego pytania. Po podwiązaniu żyły poniżéj więzu Pouparta wstrzykiwał on rozczyn soli kuchennéj i czystą wodę wśród ciśnienia dokładnie oznaczonego do żyły udowéj lub do żyły zaskórnéj wielkiej na kostce. Wypadki jego doświadczeń są następujące: Na ośmiu kończynach wystarczało małe ciśnienie (bo zaledwie 10—20 mm. rtęci), by znaczną ilość płynu wstrzyknąć do żył jamy brzucha. W przeważnéj liczbie przypadków zauważono, że płyn wstrzykiwany wyciekał z żyły zasłonowéj (*v. obturatoria*) i kulszowéj (*v. ischiadica*), rzadziéj z żyły krzyżowéj średniéj (*v. sacralis media*), okrężnéj biodrowéj (*v. circumflexa ilei*), wreszcie z żył lędźwiowych (*vv. lumbales*). Na dalszych ośmiu kończynach musiano użyć ciśnienia 50—70 mm. rtęci, by przezwyciężyć zastawki w połączeniach żylnych. Na następnych ośmiu kończynach wystarczało ciśnienie 70—120 mm. rtęci. Na innych ośmiu kończynach użyto ciśnienia 120—150 mm. rtęci celem przeprowadzenia płynu po za zastawki a na dwu kończynach użyto ciśnienia 150—180 mm. rtęci w tymże samym celu. Pozostało jednak jeszcze sześć kończyn, na których mimo użycia ciśnienia dochodzącego do 200 mm., a nawet do 300 mm. rtęci i to przez całą godzinę, nie udało się przeprowadzić płynu przez żadne z wyżej wspomnianych połączeń.

Z tych doświadczeń przeto wnosi Braun, że w połączeniach rzeczonych znachodzą się zastawki, które w 85% przypadków można pokonać ciśnieniem do 180 mm. rtęci, w 15% zaś nawet znaczniéjsze ciśnienie nie znosi ich działania.

Aczkolwiek wypadki te same przez się są już korzystniejszemi od rezultatów Braunego, to jednak należy zauważyć, że wcale one jeszcze nie zachęcały dla praktyki; chyba bowiem tylko wyjątkowo napotkamy po podwiązaniu żyły udowéj parcie w niéj odpowiadające ciśnieniu 180 mm. rtęci; a doświadczenia te wcale nie dają rękojmi do rozróżnienia przypadków z góry, co zawsze może narazić chirurga na niebezpieczeństwo późniejszych wyrzutów ze strony samego chorego lub jego otoczenia.

Ożywieni myślą, by, o ile to można, powyższe pytanie rozwiązać, postanowiliśmy zbadać je jeszcze raz drogą doświadczenia. Nasamprzód powtórzyliśmy doświadczenia wykonane przez Braunego, Brauna i innych na 31 zwłokach bez wyboru, w takim porządku, w jakim ich dostarczano do krakowskiego zakładu anatomii opisowéj, którego materyału używaliśmy, dzięki uprzejmemu zezwoleniu dyrektora tegoż zakładu Wnego Prof. Dra L. Teichmanna. Po podwiązaniu żyły udowéj na wysokości więzu Pouparta wstrzykiwano cedzoną masę kitową Teichmanna przez żyłę zaskórną małą (*v. saphena minor*) lub przez żyłę podkolanową (*v. poplitea*). Do wstrzykiwań posługiwaliśmy się zwyczajną, około 250 ctm. sześć. objętości mającą, mosiężną strzykawką, któréj tłok posuwał się za pomocą gwintów umieszczonych w przykrywce strzykawki. W tych przypadkach, w których wstrzykiwanie szło od razu łatwo i raźno, napełniano strzykawkę i po raz wtóry. Wstrzykiwanie trwało za każdym razem około 24 godzin, w których śrubę według możności coraz mocniej przykręcano.

Rezultaty nasze uwidacznia następująca tablica.

1) *Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der Ligatur der Schenkelvene unterhalb des Ligamentum Pouparthii. Arch. f. klin. Chir.* T. 36.

2) *Zur Unterbindung der grossen Gefässtämme in der Continuität bei Erkrankungen und Verletzungen der unteren Extremitäten. D. Ztschft. f. Chir.* T. V.

3) *Die Unterbindung der Schenkelvene am Poupart'schen Bande. Arch. f. klin. Chir.* T. 28.

4) *On ligature of the femoral vein. New York. med. Journ. 1891 pag. 507.*

5) *Anatomie descriptive.* T. II stron 694.

6) *Die Oberschenkelvene des Menschen. Leipzig 1873.*

7) Co do szczególnych przypadków odsyłamy czytelników do znakomitych prac Maasa (*Die Circulation der unteren Extremität, Zeitschrift f. Chir.* T. XVII), Brauna, Koretzkiego, Kammerera, Golza (*Die isolirte Unterbindung der Vena femoralis communis. Breslau 1889.*), Grätzera (*Ueber die Unterbindung der grossen Schenkelgefässe, Erlangen 1888*), Kraussa (*Die isolirte Unterbindung der Vena femoralis communis,* Berlin), Zeidlera (*Zur Unterbindung der Arteria und Vena femoralis, Berlin klin. Woch. 1890* strona 888), Idzińskiego (*Gleichseitige Unterbindung der Arteria und der Vena femoralis, Wien. med. Wochschrft. Nro 14. und 15*) i t. d.

L. porz. doświad.	Płeć zwłok.	Wiek.	Przyczyna śmierci.	Miejsce wstrzykiwania.	Skutek.	Uwaga.
1	m.	21	*Phthisis pulmonum*	żyła zaskórna mniejsza	żyła biodrowa wspólna miernie wypełniona	
2	ż.	65	*Vitium cordis*	"	"	
3	m.	61	"	"	"	
4	ż.	31	*Phthisis pulmonum*	"	żyła biodrowa czcza jak i żyły trzew bardzo wypełnione	
5	ż.	80	*Emphysema pulmon.*	"	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
6	m.	56	*Carcinoma pylori*	ż. podkolanowa	"	
7	ż.	42	*Nephritis*	"	żyły jamy brzusznéj średnio wypełnione	
8	m.	57	*Pneumonia*	ż. zaskórna mniejsza	"	
9	m.	57	"	"	"	druga kończyna tych samych zwłok
10	ż.	68	*Emphysema pulmon.*	ż. zaskórna większa poniżéj kolana	żyły jamy brzusznéj jakoteż ż. udowa drugiej kończyny mocno nastrzykane	
11	m.	30	*Nephritis*	ż. zaskórna mniejsza	żyły jamy brzusznéj miernie napełnione	
12	m.	41	*Pneumonia*	ż. zaskórna większa powyżéj kolana	jak w 10. doświadczeniu	
13	ż.	50	*Vitium cordis*	ż. zaskórna mniejsza	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
14	m.	26	*Phthisis pulmonum*	"	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	
15	ż.	40	*Emphysema pulmon.*	"	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
16	m.	76	*Marasmus*	"	"	przed podwiązaniem przepłukano ż. wodą
17	m.	16	*Phthisis pulmonum*	"	żyły jamy brzusznéj bardzo wypełnione	
18	m.	72	*Emphysema pulmon.*	"	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	żyła pękła poniżéj podwiązania
19	ż.	70	*Endocarditis*	"	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	
20	ż.	50	*Carcinoma cruris*	ż. zaskórna mniejsza, następnie żyła podkolanowa, w końcu ż. zaskórna większa na grzbiecie stopy	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
21	ż.	56	*Nephritis*	ż. zaskórna mniejsza i większa	"	
22	m.	23	*Phthisis pulmonum*	ż. zaskórna mniejsza	"	
23	ż.	70	*Pneumonia*	"	żyły podbrzusza miernie wypełnione	
24	m.	23	"	"	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
25	m.	65	*Emphysema pulmon.*	"	"	
26	m.	31	*Phthisis pulmonum*	"	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	
27	m.	27	*Meningitis cerebrospinalis*	"	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	żyła pękła poniżéj podwiązania
28	ż.	59	*Tetanus*	"	żyły jamy brzusznéj mocno wypełnione	
29	m.	67	*Pyaemia*	"	"	
30	ż.	27	*Phthisis pulmonum*	"	jak w 27. doświadczeniu	
31	ż.	40	*Nephritis*	"	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	

Ze zestawienia powyższych rezultatów wypada, że na 31 przypadków masa wstrzykiwana przeszła do żył jamy brzusznéj tylko 18 razy (58)%) i to w przeważnéj liczbie przypadków przez połączenie zasłonowe (*circulus obturatorius*); doszliśmy więc do rezultatu jeszcze gorszego, aniżeli Braun w swych doświadczeniach.

Nie mogliśmy jednakże zataić przed sobą, że ta droga nie doprowadzi nas do rozwiązania pytania zajmującego właściwie chirurga: „czy godzi się podwiązać żyłę udową a względnie jakie następstwa mieć może powyższy rękoczyn“. Wszystkie te doświadczenia mogły tylko wykazać grubsze poboczne drogi żylne.

drożne dla masy wstrzykiwanéj, gdy wszelkie rozgałęzienia naczyń włosowatych usuwały się w tych doświadczeniach z pod naszego badania. Nabraliśmy więc przekonania, że pytanie powyższe można rozwiązać jedynie tylko na drodze doświadczeń fizyologicznych. Doświadczeniami na zwierzętach, które, zdawałoby się, że wypadało w pierwszym rzędzie przedsięwziąć, posługiwać się nie mogliśmy wiedząc, że żyły u zwierząt, zwłaszcza na nodze są wcale inaczéj rozmieszczone jak u ludzi. Tak naprzykład na nodze królika napotykamy przebiegającą od łydki przez wcięcie kulszowe (*incis. ischiadica*) do żył w miednicy małéj żyły, która grubością swą nietylko dorównywa, ale często i przewyższa żyłę udową, dzięki czemu po podwiązaniu żyły udowéj krew z odpowiedniej kończyny może zupełnie swobodnie tą drogą odpływać. Musieliśmy przeto doświadczenia przeprowadzić na zwłokach w sposób, jakiego już Braune używał, aczkolwiek bez dodatniego rezultatu. Postanowiliśmy wlewać płyn wśród pewnego, ustawicznie i dokładnie oznaczanego ciśnienia do tętnicy biodrowéj, zewnętrznéj (*art. iliaca externa*) lub udowéj (*art. cruralis*) i oznaczać dokładnie ilość płynu wyciekającego z żył, tak przed jak i po podwiązaniu żyły udowéj. Różnica tych dwóch ilości miała rozstrzygać o dopuszczalności i niebezpieczeństwach podwiązania, względnie o obecności lub braku dróg ubocznych. Liczne w tym kierunku wykonane doświadczenia, próby nieudale i nieprowadzące do celu pouczyły nas aż nadto rychło, że doświadczenie to nie da się przeprowadzić tak bez wszystkiego, lecz że należy zachować przytem cały szereg ostrożności a głównie przygotować odpowiednio zwłoki. Nasamprzód chcąc, by cała ilość płynu wstrzykiwanego dostawała się do badanéj kończyny a nie do innych części ciała przez połączenia tętnicze, musiano starać się te ostatnie zamknąć, jak o tem zresztą wspomina już Braune. W tym celu użyliśmy kitowéj masy Teichmanna, którą, podwiązawszy wpierw odpowiednią tętnicę biodrową wspólną (*art. iliaca ext.*), nastrzykiwano w sposób ogólnie znany z tętnicy głównéj cały system tętniczy. Niemniéj ważną była, zdaniem naszem i ta okoliczność, by podczas doświadczeń do wstrzykiwania płynu nie używać zbyt wielkiego ciśnienia, gdyż to z jednéj strony mogłoby sprowadzić pękanie ścian naczyń i wynaczynienia, co psułoby wręcz doświadczenia, z drugiéj strony zależało nam na tem, by warunki krążenia płynu podczas doświadczeń na zwłokach zbliżały się, ile tylko można, do warunków krążenia u żywych. Przyjąwszy, że parcie krwi w tętnicy udowéj równa się mniéj więcéj ciśnieniu 120 mm. rtęci, użyliśmy takiego ciśnienia do wlewania płynu. Po kilku jednak doświadczeniach próbnych z parciem mniejszem od przytoczonego nabraliśmy przeświadczenia, że skutki odnośnie do naszego pytania pozostają jednakie i mimo mniejszego ciśnienia. Na téj podstawie w dalszych doświadczeniach używaliśmy często parcia równającego się ciśnieniu zaledwie 50—100 mm. rtęci. Największą jednak wartość przywiązywaliśmy do tego, by ile możności oczyścić naczynia z krwi, szczególnie zaś, by wydalić skrzepy, które łatwo w ciągu doświadczenia mogłyby zatkać drobniejsze rozgałęzienia i naczynia włosowate. W tym celu każdym razem zawieszano pionowo kończynę, masowano długo w kierunku dośrodkowym a skrzepy wyjmowano szczypczykami z tętnicy biodrowéj zewnętrznéj i żyły głównéj dolnéj (*vena cava inf.*) przez otwory w ich ścianach wycięte. Wreszcie pozostałą jeszcze krew wypłukiwano dwusiarczkiem węgla przez $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny a względnie dopóty, dopóki z żyły głównéj dolnéj (*v. cava*) nie zaczął wypływać dwusiarczek zupełnie czysty. (Dok nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

Ludwik Teichmann: **Naczynia limfatyczne w słoniowacinie** (*elephantiasis Arabum*) in IV-to, str. III i 51 z atlasem z pięciu tablic litogr. wielkiego formatu. Kraków 1892. Wydawnictwo Akademii Umiejętności.

Dzieło to ozdobione wspaniałemi rycinami zawiera wypadki długoletniej, niesłychanie mozolnej pracy, której autor dokonał z właściwą tylko sobie samemu sumienną dokładnością i niezmordowaną wytrwałością.

Wiadomo powszechnie, że badanie a mianowicie nastrzykiwanie i preparowanie naczyń limfatycznych należą do najtrudniejszych zadań anatomicznych, że wymagają nietylko wielkiej zręczności i specyalnej wprawy, lecz zarazem bardzo wiele czasu, trudu i cierpliwości. Badanie naczyń limfatycznych w tkaninach patologicznie zmienionych tam, gdzie jak właśnie w słoniowacinie, są one częstokroć do niepoznania zmienione lub nawet całkiem zanikłe, mógł z powodzeniem przeprowadzić zaiste tylko ten, kto jak T. ma tak rozległe doświadczenie na tem polu, kto wydoskonalił i ułatwił nastrzykiwanie tych naczyń, kto z taką zręcznością potrafił poświęcić się tym badaniom.

Rezultaty też pracy T. są całkiem jasne, nader proste i w ten sposób stwierdzone, że nie ulegają najmniejszej wątpliwości.

T. badał kilkanaście odnóg dolnych dotkniętych słoniowaciną różnych rozmiarów odnogi górne i dolne: tudzież splot lędźwiowy i przewód piersiowy mężczyzny dotkniętego wysokim stopniem słoniowaciny, zmarłego w klinice Prof. Bryka w r. 1874, worek mosznowy wskutek słoniowaciny ważący 25 funtów i odnogę górną dotkniętą słoniowaciną niezwykłych rozmiarów, które po amputacyi otrzymał był od Prof. Obalińskiego.

Własności naczyń limfatycznych i zmiany ich patologiczne, które T. wykazał na odnóżach i innych częściach ciała dotkniętych słoniowaciną, tłomaczą w nader prosty sposób powstawanie tego obrzęku i przerostu tkanki łącznej, który stanowi istotę tej choroby, tłomaczą także znany fakt, że słoniowacinowy przerost, skoro już powstał, ani sam przez się nie ustępuje, ani też przez leczenie nie może być usunięty tak, ze nie pozostaje nic innego, jak tylko amputacya części dotkniętych słoniowaciną.

Przedewszystkiem T. zupełnie stanowczo stwierdził, że w skórze i w tkance podskórnej zajętej słoniowaciną w żaden sposób nie można wykazać ani nastrzykać włosowatych naczyń limfatycznych, że zatem naczynia te zarosły. Natomiast na granicy słoniowaciny i prawidłowej skóry napotykał T. rozszerzenie włosowatych naczyń limfatycznych.

Stan ten jest skutkiem zmian, jakie T. wykazał w pniach naczyń limfatycznych, przedewszystkiem powierzchownych (podskórnych) a w przypadkach słoniowaciny znaczniejszych rozmiarów także w pniach głębokich naczyń limfatycznych.

Zmiany te są niewątpliwie następstwem zakrzepicy (*Thrombosis*) w pniach naczyń limfatycznych, którą Teichmann częstokroć napotykał w miejscach dotkniętych słoniowaciną. Zakrzepy powstają w naczyniach limfatycznych niewątpliwie w skutek zapalenia ścian tych naczyń, chociaż, jak wiadomo, nie każde zapalenie naczyń limfatycznych pociąga za sobą te groźne następstwa. Zapalenie naczyń limfatycznych (*lymphangioitis* a raczej *perilymphangioitis*) zdarza się bardzo często, a zakrzepica i jej następstwa (t. j. słoniowacina) są stosunkowo rzadkiemi. T. przypuszcza więc, że niekiedy wskutek choćby najlżejszych obrażeń przez ranę zaniedbaną i zanieczyszczoną do naczyń limfatycznych dostają się rozmaite istoty chorobotwórcze,

a więc zakaźniki, między któremi znajdują się także takie, które sprawiają tworzenie się zakrzepów.

Zakrzepy w naczyniach limfatycznych podobne są do zakrzepów w żyłach, przedstawiają się jako jednostajna, zbita masa, żółtawej barwy, podobna do oczyszczonego włóknika, która pod mikroskopem okazuje się złożoną z drobnych ziarnek i nie zawiera komórek ani jąder.

Zakrzepy takie przylegają ściśle do ścian naczyń i tamują wszelki przepływ; z czasem jednak mięknią, przepływają do gruczołów, powiększają je czasowo, przepływają dalej i giną.

Tymczasem jednak zakrzep, dopóki trwa, wywiera wielki wpływ, nietylko na to naczynie limfatyczne, w którem się tworzy, lecz także na wszystkie inne, z któremi ono się łączy. Powyżej zakrzepów ścieśniają się naczynia limfatyczne a w końcu zarastają nawet zupełnie. Poniżej zakrzepów wszystkie naczynia wypełnione zakrzepami, równie jak wszystkie z niemi w bezpośrednim związku pozostające, są rozszerzone. Najwięcej rozszerzone są zawsze naczynia, w których znajdują się zakrzepy: przedłużają się też, wiją i kręcą na długiej przestrzeni, tworząc rzeczywiste żylaki (*varices*) naczyń limfatycznych. Rozszerzenie naczyń daje powód do niedomykalności zastawek i całkiem odmiennego krążenia limfy poniżej zakrzepu. W przypadkach cięższej słoniowaciny często się wydarza, że przy nastrzykiwaniu jednego naczynia masa injekcyjna wraca wstecz innem, sąsiedniem naczyniem. Niekiedy masa przedostaje się przez powięź do naczyń głębokich.

W następstwie zatamowania i zarośnienia pni pomimo nieraz odwrotnego obocznego krążenia, zarastają także gałązki jakoteż naczynia limfatyczne włosówek.

Oprócz zakrzepów i ich następstw zasługują jeszcze na uwagę zgrubienia ścian naczyń limfatycznych w słoniowacinie, które oczywiście są następstwem zapalenia dającego powód do powstawania zakrzepów. Zgrubienie ścian niektórych rozszerzonych naczyń limfatycznych dochodzi czasami do tego stopnia, że naczynie limfatyczne wygląda jak żyła; dopiero injekcya, wykazująca jego przebieg i związek z innemi naczyniami limfatycznemi, poucza, że to jest rzeczywiście naczynie limfatyczne.

T. badał także tętnice i żyły części ciała dotkniętych słoniowaciną. W przypadkach nie bardzo rozwiniętej słoniowaciny nie znajdywał żadnych zmian ani w tętnicach ani w żyłach, w przypadkach cięższych tak tętnice jak i żyły są jednostajnie rozszerzone; stopień rozszerzenia jest w prostym stosunku do rozmiarów słoniowaciny. Zakrzepów jednak ani w tętnicach ani w żyłach T. nie znajdywał a nawet najrozleglejsze żylaki żył nie wywierają żadnego wpływu na pnie naczyń limfatycznych.

T. na podstawie swoich badań dochodzi do następujących wniosków objaśniających patogenezę słoniowaciny.

Zapalenie naczyń limfatycznych jest pierwszym objawem słoniowacizny, mianowicie zapalenie powstające wskutek działania takich istot chorobotwórczych, które dostawszy się (przez ranę zanieczyszczoną) do naczyń limfatycznych sprawiają tworzenie się w nich zakrzepów. Każda zakrzepica w pniach naczyń limfatycznych sprawia przeszkodę w krążeniu. Odrębny, tylko pniom naczyń limfatycznych właściwy sposób połączeń, odznaczający się tem, że dwa połączone ze sobą naczynia tworzą zwykle naczynie trzecie prawie tych samych rozmiarów jak każde z poprzedzających a nie grubsze, nadto liczne zastawki sprawiają, że zakrzep, choćby tylko w jednem naczyniu powstały, wywoływa nietylko przerwy w krążeniu w tem naczyniu, w którem powstał, lecz także wielorakie zmiany w naczyniach z niem połączonych a mianowicie ścieśnienia jednych, rozszerzenia, żylakowate pokręcenia, niedomykalność zastawek w innych. Naczynia nieczynne zarastają a za to powstają nowe drogi dla krążenia limfy. Włosowate naczynia limfatyczne, które na krańcach słoniowaciny przepełnione limfą się rozszerzają, w środku jej zarastają wraz z początkowemi pniami.

Zanim nowe krążenie limfy się ustali, trwa stagnacya limfy i daje powód do przerostu tkanki łącznej, zwanego słoniowaciną. Od wielkości i ilości zakrzepów, jakoteż zarosłych naczyń, zależy wielkość słoniowaciny. Jeżeli większa część naczyń limfatycznych albo też wszystkie zarosną, natenczas słoniowacina dochodzi do nadzwyczajnych rozmiarów. Wielkim słoniowacinom towarzyszy znaczna opuchlina (*oedema*). Nagromadzona limfa albo sączy się na zewnątrz z ran lub pęcherzyków powstających przez nagromadzenie płynu pod przyskórkiem a następnie pękających (*elephantiasis lymphorrhagica*) albo pozostaje wśród utkania słoniowaciny, powiększając w dwójnasób jej rozmiary. W przypadkach słoniowaciny wielkich rozmiarów ze znaczną opuchliną lub połączonych z sączeniem się limfy wnosić wypada, że przeważna ilość naczyń limfatycznych została przez zakrzepy zamknięta lub zarosła i że nie mogły utworzyć się nowe drogi do odprowadzania limfy.

W końcu dzieło T. zawiera nader cenne uwagi o sposobie nastrzykiwania i preparowania naczyń limfatycznych i dokładny opis postępowania używanego przez autora w tem badaniu. Słusznie wszakże autor sam powiada: „Inna rzecz powiedzieć komuś: „patrz, ja tak postępuję przy odszukiwaniu i nastrzykiwaniu“ a inna rzecz chcieć dokładnie opisać to postępowanie“. Referent wie z własnego doświadczenia że nauczył się nastrzykiwać naczynia limfatyczne jedynie przez to, że przypatrywał się, jak to czyni T., a następnie próbował wykonać to samo i tak samo. Pierwszy raz, gdy referent widział, jak T. odpreparowane naczynie limfatyczne ujął szczypczykami i wyprężył tak, że przybrało postać cieniuchnej niteczki a potem dopiero nakłuwał i wprowadzał koniec rurki strzykawki, że się tak wyrażę „po omacku“, wydawało się mu, że takie postępowanie nie może doprowadzić do pożądanego celu. Tymczasem przekonał się, że można w tej czynności nabyć takiej wprawy i końcem rurki wyczuć otwór zrobiony w ścianie naczynia nader cienkiego tak, że to postępowanie prawie nigdy nie zawodzi, i że tylko wtedy nie udaje się rurki wprowadzić do naczynia limfatycznego, gdy ono w stosunku do rurki jest za wązkie lub zarosłe. *H. Kadyi.*

J. Mikulicz i P. Michelson: **Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle**. Część II. w Berlinie, u A. Hirschwalda 1892.

Oceniając część pierwszą tego pomnikowego dzieła zwracałem uwagę na jego zalety niezwykłe i pomoc, jaką z niego mieć można, nie tylko w wykładach klinicznych, ale nie mniéj w rozpoznawaniu rzadszych a trudniejszych przypadków. Druga część na te pochwały może jeszcze bardziéj zasługuje, gdyż znajdujemy w niéj jeszcze liczniejsze okazy chorób rzadkich jamy ust i języka, co nie małéj jest wagi. Nieraz bowiem w takich przypadkach trudnych a wątpliwych wierny obraz świetnemi kolorami dokładnie oddając cierpienie, przyczyni się do rozpoznania postaci, których na żywym przedtem wcale nie widzieliśmy.

Chcąc właśnie w tym względzie wyposażyć jak najobficiéj swój atlas umieścili autorowie wyjątkowo też kilka obrazów nie pochodzących z własnych ich obserwacyj; pomiędzy niemi znajdują się dwa rzadsze przypadki z naszéj kliniki przez Eliasza młodszego świetnie z natury odmalowane: język czarny i tłuszczak języka.

Wszystkie obrazy wiernie oddają cierpienia i z największą dokładnością są wykonane a autorowie umieli dobierać okazów co najwięcéj pouczających, w czem ich niezwykła zasługa.

To też jeszcze raz tylko polecić możemy to wspaniałe dzieło jaknajgoręcéj. *Prof. Rydygier.*

Medycyna wewnętrzna.

M. Mendelsohn: **O piperacynie, środku rozpuszczającym kwas moczowy.**

Wskutek wielu prac, z których tylko wspomnę ważniejsze jak Ebsteina, Heubacha, Schmidta i Vogta, poleca-

jących bardzo użycie piperacyny w nadmiernem wydzielaniu się kw. moczowego, piperacyna ogromnie weszła w użycie i zdawało się, że doświadczenia chemiczne wykazujące własności roztwarzające kwas moczowy w rurce odczynnikowéj będą miały analogiczne działanie w ustroju ludzkim. Tymczasem doświadczenia Dra M. wcale tego nie potwierdzają.

Robił on próby w rurce odczynnikowéj z piperacyną w rozczynie 1%, poddając działaniu kamyk złożony z kw. moczowego, i przekonał się, że rzeczywiście po 24 godzinach w ciepłocie 37° C. do połowy zmalał (z 0,123 na 0,069) a tem bardziej w rozczynie 2%, 3% lub 4%, w tym ostatnim np. z 0,130 na 0,021. Natomiast rozczyn piperacyny 1% lub 2% w moczu tych własności wcale nie okazywał a nawet kamykowi składającemu się z kw. moczowego przybywało na wadze po leżeniu w rozczynie piperacyny w moczu.

Jeżeli więc w tak mocnym rozczynie w moczu piperacyna nie jest w stanie rozpuścić kwasu moczowego, to cóż dopiero mówić o warunkach daleko gorszych w pęcherzu, gdzie piasek lub kamyk znajduje się na samem dnie, a więc daleko trudniej może się rozpuszczać, nowe zaś porcye wydzielającego się moczu nie mogą już tworzyć rozczynu 1% lub 2%.

Nie tylko jednak piperacyna nie jest zdolną roztwarzać cząstek piasku złożonego z kw. moczowego, ale i samego kw. moczowego nie rozpuszcza, jak się o tem przekonał Dr. M. robiąc dalsze próby i doświadczenia z tym środkiem.

Wobec tego przepłukiwanie pęcherza rozczynem piperacyny nie może być skutecznem, bo obecność moczu przypływającego do pęcherza zmniejsza z każdą chwilą zdolność piperacyny roztwarzania kw. moczowego.

Dla porównania z innemi środkami przytaczam jedno z doświadczeń Dra M. I tak np.: z 0,5 czystego kwasu moczowego rozpuściło się w 100 grm. rozczynu 1% piperacyny tylko 0,139, w 100 grm. zaś węglanu litowego już 0,197 a tylko w 50 grm. Eau de Vals zmieszanéj z 50 grm. wody destylowanej 0,132.

Porównania też piperacyna z wodami mineralnemi jak Wiesbadeńską, de Vals lub z węglanem litowym nie wytrzymuje i dlatego w praktyce lekarskiéj n i e r a d z i g o w c a l e s t o s o w a ć. (*Berl. klin. Wochschrft.* N. 16. 1892).

A. A l b u: **Kliniczne uwagi i doświadczenia nad leczeniem gruźlicy kreozotem.**

Nie mówiąc już o dawniejszych poleceniach kreozotu przez Dra Reichenbacha w r. 1832, który go odkrył i opisał, i Drów Boucharda i Gimberta, którzy go w r. 1877 gorąco polecali, dopiero w ostatnich czasach głównie zasługą profesorów Fränkla i Sommerbrodta wszedł kreozot w szerszą praktykę lekarską zwłaszcza w cierpieniach na tle gruźliczem opartych.

Otóż obecnie Dr. A. podaje wypadek swoich spostrzeżeń, jakie poczynił od lat 5 w oddziele Dra P. Guttmanna w szpitalu w Moabicie w Berlinie. Z materyału bardzo obfitego, jakim przez ten czas rozporządzali, podaje Dr. A. wcale nie zachęcające rezultaty.

Ilość zużytego kreozotu istotnie dochodziła ogromnych rozmiarów, bo np. w jednym 1891 roku zużyto 11 klg. 700 grm. kreozotu w 234.000 pigułkach. Stosując się do rady prof. Sommerbrodta podawano na dzień po 2—3 gramów i więcéj kreozotu a dawki te stosowano miesiącami całemi. Byli niektórzy pacyenci, którzy w ciągu kilku miesięcy do 5000 pigułek wyżyli. Podawano kreozot w rozmaitych okresach suchot, przeważnie jednak w początkowych i w dawkach nawet tak znacznych znoszono go wcale dobrze.

Według Dr. A. kreozot ani na gorączkę ani na plwociny ani na obecność w nich prątków nie miał żadnego wpływu, a działanie jego było tylko symptomatyczne nie lepsze wcale od działania innych środków, jakie się zwykle w gruźlicy stosuje. Jeżeli było jakie polepszenie, to więcéj ono zależało od warunków hygienicznych, lepszego pożywienia i zdrowszego powietrza, niż od kreozotu. Doświadczenia dalsze robione wspólnie z Dr. Weylem nad zaraźliwością plwocin u suchotników, którzy znaczne ilości kreozotu zażywali, wykazały, że cząstki tych plwocin wstrzyknięte do przedniej komory oka lub też do jamy brzusznéj wywoływały zawsze gruźlicę, już to miejscową już to ogólną.

Opierając się na tych doświadczeniach twierdzi Dr. A., że kreozot żadnego swoistego działania na gruźlicę nie ma i że podawanie go w gruźlicy może mieć tylko znaczenie symptomatyczne, już to jako *tonicum* już to jako, *expectorans* lub *stomachicum* dla niektórych chorych. (*Berl. klin. Wochschrft.* N. 51. 1892).

P. S. Jako sprawozdawca tej pracy muszę ze swej strony nadmienić, że na podstawie kilkuletnich doświadczeń w klinice prof. Korczyńskiego wydaje mi się twierdzenie Dra A. co do kreozotu niezgodne z istotnym stanem rzeczy a wielu chorych klinicznych, którzy dzięki wielkim dawkom kreozotu (po 3—5 grm. na dzień) doznali poprawy, jest tego najlepszym dowodem. *Dr. J. Surzycki.*

E u l e n b u r g: **Teraźniejsze leczenie padaczki.**

Lubo od lat 26, t. j. od zalecenia przez Voisina systematycznego używania bromku potasu, leczenie padaczki wiele się nie zmieniło, to jednakowoż pod względem metody i techniki terapeutycznéj doszliśmy przez doświadczenie do rozmaitych wiadomości bynajmniéj nie obojętnych dla głównego celu.

Za pierwszy warunek pomyślnego leczenia każdego przypadku uważa E. prócz dokładnego zbadania pacyenta pod względem fizycznym i psychicznym i poznania jego stosunków rodzinnych, prowadzenie starannego protokółu napadów pod względem ich liczby, rodzaju, mocy, pory, przyczyn wywoływających, trwania, objawów pozanapadowych i t. d. a przynajmniéj dokładne notowanie ich liczby i czasu w porównaniu z leczeniem.

Głównym środkiem są zawsze przetwory bromu a mianowicie bromek potasu, po którym usiłowano wprowadzić do terapii inne połączenia bromu, jak z alkaliami, ziemiami alkalicznemi, niektóremi innemi metalami jak żelazem, kadmem, niklem, złotem, tudzież połączenia organiczne bromu jak wodan bromalu, bromek etylenu, bromek chininy, bromek kamfory i kwas bromooctowy. Co do połączeń bromu z alkaliami i ziemiami alkalicznemi okazało się nie tylko mylnem twierdzenie, jakoby skuteczność przetworu zależała od ilości zawartego w nim bromu czyli, co na jedno wychodzi, zostawała w odwrotnym stosunku do ciężaru atomowego ciała z bromem połączonego, lecz pokazało się przeciwnie, że z wszystkich połączeń bromu najskuteczniejszym jest przecież pierwotnie zalecony przez Voisina bromek potasu, w którym potas jest składnikiem wcale dla działania terapeutycznego nie obojętnym. Ponieważ atoli potasowi przypisują szkodliwy wpływ mianowicie na serce, ponieważ daléj inne połączenia bromu z alkaliami są także skuteczne, przeto obecnie używa się do leczenia padaczki głównie trzech bromków: potasu, sodu i amonu a Erlenmeyer podał w tym celu bardzo dogodną kombinacyę, złożoną z 2 części bromku potasu, 2 cz. bromku sodu i jednéj cz. bromku amonu rozpuszczonych w pewnym stosunku (10 gramów bromków na 750 centymetrów sześciennych) w wodzie przesyconéj nadmiarem czystego kwasu węglowego z dodatkiem chlorku sodu, węglanu sodowego i t. p. ciał, mających chronić przewód pokarmowy od szkodliwego wpływu połączeń bromu a ustrój od zatrucia bromem czyli bromizmu.

Ponieważ jednak woda bromowa Erlenmeyerowska jest dosyć droga i niedogodna niekiedy do użycia, n. p. w podróży, przeto aptekarze Neuss w Wiesbadenie a potem Dr. Sandow w Hamburgu wpadli na pomysł połączenia przetworów bromu z solami burzącemi, t. j. proszków złożonych z bromków alkaliów, z węglanu sodowego i kwasu cytrynowego oczywiście w pewnym stosunku. Proszek burzący bromowy (*alkali bromatum effervescens*) zawiera 50% bromków; dawka przeto sześciogramowa ma w sobie 1·2 bromku potasu, tyleż bromku sodu i 0·6 bromku amonu i kosztuje tylko 10 feników. Z różnych proszków burzących tego ro-

dzaju zasługuje jeszcze na uwagę kombinacya z żelazem, zawierająca 40% bromków alkaliów (w powyższym stosunku) i 1% żelaza a wskazana w padaczce połączonéj z niedokrewnością, blednicą i ogólnem osłabieniem.

Co do sposobu stosowania bromu w padaczce, pamiętać trzeba, by nigdy bromków alkaliów nie zadawać chorym w formie ani proszków ani pigułek ani mocnych np. 10% roztworów. Najlepiéj zapisywać bromki w formie rozczynów wodnych mięszając je ze znaczną ilością wody obfitującéj w kwas węglowy. Pod względem ilości na dzień, pamiętać należy, by nie zapisywać ani za dużo ani za mało. Należy tylko tyle przepisywać, by zmniejszyć ile możności i liczbę napadów i skłonność do ich powrotu. Za średnią dawkę bromków alkaliów dla dorosłego można uważać 5 gramów na dzień rozdzielonych najlepiéj na dwie a najwięcéj trzy porcye. Pora zażywania bromu zależy od pojawiania się napadów. W padaczce z napadami tylko dziennemi najlepiéj zażywać brom rano i w południe, z napadami tylko nocnemi najodpowiedniejszą jest jedna tylko, ale duża dawka wieczorna. W najzwyklejszych przypadkach, w których napady nie wiążą się wyłącznie żadną porą dnia, najlepiéj dawać brom rano i wieczorem lub rano, w południe i wieczorem. Ze względu na przewód pokarmowy najbardziéj zaleca się zażywanie bromu w 20 do 30 minut po jedzeniu.

Wobec uporczywości padaczki należy wytrwale zadawać przetwory bromu; w każdym razie nie tylko w okresie występywania napadów, ale jeszcze przez dwa, nawet i trzy lata po ich zupełnem zniknięciu. Menstruacya, ciąża i lekkie objawy zatrucia bromem nie zakazują bynajmniéj używania bromu. Najlepszemi środkami przeciw zatruciu bromem są: dobre żywienie się, czyste powietrze, ruch, kąpiele, procedury hidropatyczne.

Skoro się raz doszło do dawki skutecznéj, t. j. ani za wielkiéj ani za małej, należy jéj się trzymać statecznie; dopiero wtedy, gdy od ostatniego napadu minie dwa lub co lepiéj trzy lata, można i trzeba nawet dawkę powoli i systematycznie zmniejszać, dając dawkę pierwotną najlepiéj coraz rzadziéj.

W tych, w ogólności nie częstych na szczęście (5% ogólnéj liczby) przypadkach, w których chorzy albo bromu nie znoszą albo nie doznają po nim skutku, należy, jak w pierwszych, zacząć od małych dawek tego leku, łącząc go w miarę okoliczności z arsenem lub żelazem, lub, jak w drugich, przejść do innych środków nie obiecując sobie atoli po nich wiele skutku.

Inne środki lecznicze nie mogą iść w żadne porównanie z przetworami bromu, bo działanie ich jest albo niepewne bardzo albo nawet trujące albo ma tylko znaczenie środka pomocniczego dla bromu, jak arsen, żelazo, wilcza jagoda i zawarta w niéj atropina, któréj nigdy nie można zadawać ani tak długo ani tak bezpiecznie, jak brom. Również bardzo niepewnemi są zalecone z niektórych stron wodan amilenowy, antyfebryna, antypiryna, boraks, nitrogliceryna, kwas nadosmowy. Jako *curiosum* tylko warto tu przytoczyć, iż Babes zaleca w ostatnich czasach przeciw padaczce podskórne wstrzykiwania prawidłowéj substancyi nerwowéj!

O elektroterapii i suggestyi nie ma nawet co mówić.

Jak w inne działy chorób wewnętrznych, tak w leczenie padaczki wdała się chirurgia, któréj znaczenie jest tu dwojakie: albo ma na celu usuwać nieprawidłowe bodźce na obwodzie wywołujące padaczkę albo zadziałać na ośrodki nerwowe a mianowicie mózg.

Polem działania chirurgów w pierwszym razie są te zboczenia chorobowe, organiczne w układzie nerwowym, które drogą odruchów wywoływają padaczkę. Tutaj należą operacye nerwiaków, naciągania i wycięcia nerwów, wycięcia blizn, trzebienia, wycięcia łechtaczki, przyżegania i odjęcia obrzmień chorobowych w nosie, krtani, przełyku itd. W wielu przypadkach nie stanowiących wszakże większości operacye takie wieńczył pomyślny i trwały skutek.

Zupełnie inaczéj ma działać chirurgia w przypadkach drugiego rodzaju; ma bowiem wpływać wprost lub pośrednio na mózg, jako ośrodek, którego podrażnienie ma właśnie wywoływać napady padaczki. Tutaj to należą: podwiązanie tętnic kręgowych, wyjęcie jednego lub obydwóch najwyższych zwojów szyjnych nerwu współczulnego i rozmaite rękoczyny na samym mózgu a mianowicie korze mózgowéj. Wiadomo, iż na podstawie głównie doświadczeń fizyologicznych poznaliśmy położenie ośrodków ruchowych w korze mózgowéj dla różnych części ciała; w padaczce przeto Jacksonowskiéj czyli korowéj, osobliwie w tych przypadkach, w których kurcze epileptyczne, przynajmniéj z początku, ograniczają się do pewnych części ciała, możemy z wielką pewnością oznaczyć miejsce chorobą nawiedzone i zadziałać na nie operacyjnie. Niestety doświadczenie kliniczne nie poszło za teoryą i wcale rzadkiemi są przypadki, w których odcięcie kawałka odpowiedniego kory mózgowéj doprowadziło do trwałego a pomyślnego skutku. Przyczyny tego szukać należy najpodobniéj do prawdy w tem, że przyczyną padaczki nie są zmiany ogniskowe pierwotne w korze mózgowéj, lecz wychodzące z nich następowe zwyrodnienie (stwardnienie) i dlatego też najlepsze jest jeszcze rokowanie w przypadkach świeżych, w których nie przyszło do tych zmian następowych. (*Ther. Mtshefte*, listopad i grudzień 1892).

D.

Choroby zakaźne.

Lortet i Despeignes: **Glisty i gruźlica.**

Autorowie stwierdzili doświadczeniem, że prątki spożyte przez glisty przechodzą przez ich przewód pokarmowy nie tracąc żywotności i zdolności dalszego rozmnażania się: świnki morskie szczepione kałem glist prątki gruźlicze zawierającym zapadały bez wyjątku na ogólną gruźlicę. Z badań tych wypada, że glisty żywiąc się materyami zawierającemi prątki gruźlicze mogą przyrzut gruźliczy przenosić z miejsca na miejsce. (*Comptes rendus.* Tom 115, Nr. 1, 1892).

C. Schuchardt: **Udzielanie się gruźlicy przez spółkowanie.**

Autor twierdzi, że gruźlica nierzadko udziela się razem z przyrzutem wrzodu miękkiego i wiewióra (trypra) przez spółkowanie, wywoływając gruźlicę gruczołów chłonnych pachwinowych i wewnętrznych narządów moczo-płciowych. Dwukrotnie miał sposobność operowania gruczołów pachwinowych gruźliczo zwyrodniałych bezpośrednio po powstaniu kilku wrzodów miękkich: w jednym z tych przypadków wydzielina wrzodu miękkiego zawierała prątki gruźlicze było to tedy zakażenie mięszane jadem wrzodu miękkiego i prątkami gruźliczemi. Podaje też 2 przypadki mięszanego zakażenia wiewiórem i gruźlicą: w jednym rozwinęło się gruźlicze zajęcie przyjądrza, w drugim gruźliczy ropień gruczołu krokowego.

Celem sprawdzenia, czy w wydzielinie wiewiórowéj (tryprowéj) znachodzą się prątki gruźlicze, badał w 60 przypadkach zwykłą ropę wiewiórową i w dwu z nich wykazał prątki gruźlicze.

(Lubo rezultaty powyższych spostrzeżeń są ciekawe, jednak wymagają stwierdzenia; wykrycie bowiem prątków gruźliczych w ropie jest rzeczą trudną i dopuszcza łatwo pomyłek rozpoznawczych. — *Przyp. ref.*). (*Langenbecks Archiv* XXXXIV, p. 448).

P. Kaufmann: **Uproszczenie postępowania celem wykazania prątków gruźliczych w plwocinach.**

Celem wyróżnienia prątków gruźliczych w preparatach szkiełkowych zabarwionych karbolofuksyną poleca autor zamiast traktowania roztworem kwasu azotowego i wyskokiem, poprostu opłukanie preparatu wrzącą wodą przez 1—5 minut, — przezto odbarwiają się wszystkie inne bakterye a gruźlicze barwę zachowują. Preparaty w ten sposób otrzymane nie są wprawdzie tak piękne jak odbarwiane zwykłym sposobem, lecz zupełnie wyraźne. Sposób ten prosty poleca autor przede wszystkiem lekarzom praktykującym. (Sposób rzeczywiście polecenia godny i dający zupełnie wystarczające rezultaty. *Ref.*) (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1892, tom XII).

Th. Weyl: **Czy mogą cholera, dur brzuszny, wąglik udzielić się za pośrednictwem piwa?**

Autor zaprawiał czystemi hodowlami wibryonów cholerycznych różne gatunki piwa i w różnych odstępach czasu szczepił niem żelatynę peptonowo-mięsną, wylewając ją na płyty. Skutek był następujący: 1) w piwie jasnem, nie wyjałowionem, po upływie 24—48 godzin wibryonów nie było; 2) w piwie jasnem, wyjałowionem, znachodziły się jeszcze po 24 godzinach, lecz po 48 godzinach nigdy ich nie było; 3) w piwie wyjałowionem i zaprawianem węglanem sodowym, aż do słabéj reakcyi alkalicznéj, wibryony choleryczne istnieć mogły do 72 godzin.

Na podstawie tych badań autor uważa udzielanie się cholery za pośrednictwem piwa za możebne; radzi też, aby podczas panowania cholery szklanki i kufle na piwo były myte wodą sterylizowaną lub przynajmniéj przegotowaną.

(Z powyższego wypada wszakże, iż piwo przechowywane we flaszkach nie krócéj niż 48—72 godzin, luboby było zakażone zarazkiem cholerycznym, powinnoby być zupełnie wolne od wibryonów cholerycznych a zatem zupełnie bezpieczne. *Ref.*) (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37, 1892).

A. Pick: **O wpływie wina na rozwój prątków durowych i cholerycznych**

Badania autora wykazują, iż prątki choleryczne i durowe w winie zmięszanem z równą ilością wody szybko giną a po upływie 24 godzin brakuje ich stanowczo. W winie tak białem jak czerwonem giną prątki choleryczne już po upływie 10—15 minut. Autor radzi tedy podczas panowania cholery pić wodę zmięszaną w równych częściach z winem z naczyń, w których stała przez 24 godzin. (*Centralblatt f. Bakteriologie*, T. XII, Nr. 9). *Dr. Ponikło.*

Notatki terapeutyczne.

1) Jednym z najskuteczniejszych, jak wiadomo, środków przeciw tasiemcowi jest wyciąg korzenia paprotki samczéj (*extum radd. filicis maris aethereum*), działa jednak nieraz jak trucizna a nawet znane są przypadki śmierci po użyciu tego środka właśnie przeciw tasiemcowi. Dlatego Dehorcau wpadł na pomysł zadawania tego środka razem z innemi, również przeciw tasiemcowi skutecznemi i zmniejszenia tym sposobem dawki potrzebnéj do pożądanego skutku. W tym celu przepisuje:

Rp. *Exti filicis maris 1·20*
Solve in
Chloroformii puri 3·60
Dein adde
Olei ricini 4·80
Olei crotonis semiguttam (ślad).

Płyn ten rozdziela na 12 kapsułek, z których przeto każda zawiera po 10 centygramów wyciągu, o którym mowa. Wystarczają one zupełnie do pożądanego skutku a nie ma żadnéj obawy o zatrucie. (*Les Nouveaux Remèdes* 1892, Nr. 19).

2) Przeciw bolesnym guzom krwawnicowym (*haemorrhoides*) zaleca Iliński obmywania słabym roztworem sublimatu a następnie posmarowanie ich maścią:

Rp. *Lanolini 50·00*
Vaselini americani 20·00
Aquae destil. 30·00
M. f. ungtum.

Można także tampony tą maścią powleczone wsuwać do jelita, poczem nieraz bardzo rychło ustępują ból i obrzmienie. (*Med. obozrn.* 1892, str. 405).

3) W wysiękach surowiczych okazały się Studeneckiemu skutecznemi antypiryn i antyfebryn z dodatkiem kofeinu lub sparteinu. Wysięki zmniejszały się rychło wśród obfitego oddawania moczu. (*St. Petersburger med. Wochschr.* Nr. 14, 1892).

(Ref. *Przeglądu Lekarskiego* przekonał się w takich przypadkach o skuteczności salicylanu sodowego działającego wśród obfitych potów a już dawniéj zalecanego).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7. grudnia 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło — Członków obecnych 38.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Pieniążek przedstawiwszy polip śluzowy (*myxoma*), wycięty choremu, który zgłosił się do niego z powodu innego cierpienia, podniósł, że nowotwór ten, pomimo, że osadzony na tylnéj powierzchni podniebienia miękkiego przy nasadzie języczka, zwisał na szypułce w postaci gronka aż ku krtani, gdzie dolnym swym końcem dotykał się nagłośni, nie pociągał za sobą utrudnienia oddychania podczas czuwania a tylko podczas głębokiego snu, o czem chory wspomniał dopiero zapytany w tym kierunku.

3) Kol. Olszewski przedstawił nowy, zgrabny a swemu celowi odpowiadający przyrządzik tak zwany stetofonometr wynalazku Bettelheima i Gärtnera, przyczem zauważył, że już od dawna silono się na wynalezienie jakiegoś przyrządu, któryby dozwolił wyrażać w liczbach moc poszczególnych tonów i szmerów. I tak: Hessler podał słuchawkę zbudowaną na podobieństwo fletu, Moeli rurkę kauczukową, którą uciskał aż do chwili, w której nieslyszał już tonu, Vierordt zbudował przyrząd nader złożony a niedogodny i t. d.; wszystkie jednak nie odpowiadały celowi. Jak wiemy, dwojaką drogą przenoszą się tony za pomocą słuchawki do naszego ucha t. j. za pośrednictwem albo słupka powietrza w niéj zawartego albo materyału, z którego jest zrobioną. Otóż, jeżeli ostatnią przerwiemy, używszy częsciowo do tego rurki kauczukowéj, co Bettelheim i Gärtner uczynili, to pozostanie tylko pierwsze przewodnictwo, dające się znowu stopniowo usuwać przez wycięcie szpary szerokiéj na 1·5 mm., którą można dowolnie skracać i wydłużać przesuwając nasadkę aż do chwili, kiedy już tonu nie słyszymy. Odpowiednia, dowolna podziałka, znajdująca się również na tym przyrządziku, podaje nam w liczbach wielkość oporu potrzebnego do zniesienia tonu a tem samem wyraża moc jego.

4) Kol. Wachholz odczytał swą pracę o samobójstwie wogóle, w szczególności zaś o samobójstwie w Krakowie od r. 1881 do 1892. W pracy téj omawia prelegent wszystkie czynniki, które na liczbę samobójstw wedle spostrzeżeń różnych autorów i zapisków statystycznych wpływają; uwzględnia więc kolejno wpływy teluryczne, kosmiczne, atmosferyczne, wreszcie wpływy socyalne. Również zastanawia się nad sprawą: czy samobójców uważać należy w zasadzie za umysłowo chorych, czy też nie. Rozdziela on samobójców na dwie kategorye: t. j. na takich, u których skłonność do samobójstwa jest następstwem braku poczytalności lub braku wolnéj woli, wywołanego myślami przymusowemi, i na takich, u których ciężkie kolizye moralne wsród zupełnego zdrowia umysłowego stanowią motyw do targnięcia się na własne życie. W końcu przechodzi kazuistykę samobójstw, które w ostatnich dwunastu latach w Krakowie się wydarzyły, ilustrując sposoby, któremi ich dokonano, uwagami sądowolekarskiemi, po których lekarz jest w możności odróżnić samobójstwo od skutku działania obcéj, wrogiéj ręki lub przypadku. Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Wiadomości bieżące.

— Uroczystość jubileuszowa Pasteura, który skończył w dniu 27 grudnia r. z. 70 lat życia, odbyła się w tym dniu z niezwykłą okazałością w wielkim amfiteatrze nowego gmachu Sorbony. Jubilata wprowadził do sali sam Prezydent Rzeczypospolitéj francuskiéj Carnot, który też zebraniu przewodniczył mając koło siebie d'Abbadiego, prezydenta akademii umiejętności, Józefa Bertranda, jéj sekretarza stałego, prezesów obydwóch izb parlamentn, ciało dyplomatyczne i wszystkich

członków gabinetu. Na estradzie zajęli miejsca delegaci pięciu klas instytutu francuskiego, Akademii lekarskiéj i mnóstwa naukowych Towarzystw zagranicznych obok mężów innych nauki i świata politycznego, tudzież delegatów studentów różnych wyższych zakładów naukowych. Pierwszy zabrał głos Ch. Dupuy, minister oświecenia, i w mowie przerywanéj rzęsistemi oklaskami chwalił prace jubilata zdumiewające swym ogromem, cierpliwością i wytrwałością. „Umiejętność, za którą cały świat jest Panu wdzięczny, zyskała od Pana metodę pewną i zasady mocne, lecz zastósowanie ich dopiero co się zaczęło".

Następnie d'Abbadie złożył Pasteurowi powinszowania imieniem Instytutu i wręczył wielki medal złoty wybity kosztem subskrypcyi międzynarodowéj.

W imieniu akademii umiejętności i rady administracyjnéj instytutu Pasteurowskiego złożył Bertrand hołdy swemu koledze i rzekł między innemi, żeby było bardzo trudno powiedzieć, jakie jest największe odkrycie Pasteura, ponieważ prace jego obejmują mineralogią, optykę, chemią organiczną, biologią i medycynę i wszędzie zostawiły po sobie głębokie ślady. — Daubrée przemawiając w imieniu sekcyi mineralogicznéj akademii umiejętności przypomina, że od mineralogii rozpoczął Pasteur swe prace umiejętne i że ta właśnie nauka wprowadziła go do Instytutu. Lister, znany całemu światu lekarskiemu chirurg angielski i wynalazca metody przeciwgnilnéj, wręczył jubilatowi adres królewskiego towarzystwa lekarskiego londyńskiego pisany własną ręką jego prezydenta a składając hołd w imieniu medycyny i chirurgii powiedział, że na całym swiecie niema nikogo, komuby tyle, co Pasteurowi, zawdzięczały wszystkie gałęzie nauki lekarskiéj. Bergeron, sekretarz stały akademii lekarskiéj, składając wyrazy uznania i podziwu przypomina, że na jéj posiedzeniu pamiętnem w dniu 27 października 1885 przedstawił Pasteur swe odkrycie ochrony od wścieklizny. Bertrand odczytał następnie długą bardzo listę uniwersytetów, akademij i towarzystw lekarskich, które nadesłały swe adresy Pasteurowi. Znajdujemy między niemi Towarzystwo lekarskie warszawskie i Towarzystwo Przyjaciół Nauk poznańskie, w imieniu którego przemawiał nasz Gałęzowski. Ruffier, mer miasta Dôle, miejsca rodzinnego Pasteura, złożył Jubilatowi w darze album w bogatéj szkatule ozdobionéj herbem miasta, zawierające podobiznę (*facsimile*) metryki urodzenia Pasteura i fotografią domu, w którym Pasteur przyszedł na świat w dniu 27 grudnia 1822. Daléj przemawiał Devise w imieniu studentów paryskich.

W końcu przemówił sam Pasteur widocznie bardzo wzruszony a podziękowawszy za wszystkie zaszczyty, jakie go właśnie spotkały, polecił synowi swemu odczytać mowę, w któréj oddał naprzód cześć wielkiéj pamięci fizyologa Klaudyusza Bernarda i wyznał się jego uczniem i naśladowcą a w końcu zwracając się do delegatów zagranicznych podziękował im za przybycie z daleka i okazanie Francyi sympatyi, oświadczył, że jest szczęśliwym jako ten, który wierzy, że nauka i pokój będą kiedyś tryumfować nad ciemnotą i wojną.

— Olbrzymie projekta wodociągowe. Zeszłoroczna cholera i widoczny jéj związek z wodą do picia dały powód do zastanowienia się znowu nad projektem inżyniera Rittera doprowadzenia wody do Paryża z jeziora nefszatelskiego a do miast w południowej Francyi z jeziora genewskiego.

Czerpanie wody ma się odbywać z głębokości 100 metrów, w któréj woda ma zawierać nadzwyczaj mało ciał organicznych i mikrobów a być wolną zupełnie od amoniaku i innych połączeń azotu. Temperatura jej ma być tak niska, że wody te doprowadzone do Paryża będą miały 10, na południu zaś Francyi co najwięcej 19 stopni Celzyusza ciepła.

Wodociąg z jeziora nefszatelskiego do Paryża miałby 470 kilometrów długości, w czém koło 255 kil. tunelów, między niemi jeden długi na 37 kil., wodociąg zaś z jeziora genewskiego dla Marsylii, Nîmes i Montpellieru 590 kilometrów, w których mieści się tunel o 40 kilometrach długości. Koszta obydwóch tych wodociągów obliczają na 960 milionów franków i spodziewają się, że będą mogli sprzedawać metr sześcienny ich wody po 9 do 10 centymów.

(b) W *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 1891 donoszą Sonques i J. B. Charcot o nader ciekawem spostrzeżeniu tyczącem się dziewczyny 21-letniéj, która skutkiem nadmiernego rozwoju fałdów i zmarszczek na twarzy ma wejrzenie 75-letniéj kobiety. Autorowie dają stanowi temu nazwę *Géromorphisme*. W literaturze znajduje się zupełnie podobny przypadek, który opisał Rossbach pod nazwą *Rhytidosis*, a który dotyczył młodego człowieka, wyglądającego z powodu licznych zmarszczek jak zgrzybiały starzec.

— *Nowosti* donoszą, że Towarzystwo wstrzemięźliwości w Petersburgu za staraniem naszego rodaka, docenta Dra Daniłły, ma urządzić specyalny szpital dla nałogowych pijaków na 30 łóżek w okolicy Jamburga. Koszta utrzymania wynosić będą rocznie około 9000 rs.

— Prof. Nencki miał wykład w Towarzystwie lekarskiem w Petersburgu, w którym dowodzi, że prątek przecinkowy Kocha sam przez się nie sprowadza choroby, lecz dopiero w połączeniu z dwoma innymi mikroorganizmami wywołuje chorobę i śmierć. Bliższe szczegóły ma dopiero ogłosić.

— Według urzędowych źródeł po dzień 1-go listopada r. z. zachorowało w Rosyi europejskiej ogółem 324.356 osób, z tych zmarło 148.694. W pozostałych prowincyach zachorowało 223.643, których zmarło 116.053, czyli, że ogółem było chorych 547.999, a zmarło 264.747.

— Dr. Jan Wojtaszek mianowany bezpłatnym c. k. asystentem sanitarnym i przydzielony do c. k. Starostwa w Krakowie.

— We francuskich wydziałach lekarskich zapisanych jest w bieżącem półroczu 18545 uczniów, z których najwięcéj, bo 10212, przypada na Paryż, najmniéj zaś, bo 140, na Besançon. Z uniwersytetów angielskich liczy Oksford 3212 a Cambrigde 2909 uczniów medycyny.

— **Nekrologia**. W dniu 18 grudnia r. z. zmarł w Richmondzie Ryszard Owen w 89 roku życia, naprzód od r. 1835 konserwator muzeum College of Surgeons, następnie profesor anatomii i fizyologii w królewskim instytucie w Londynie i inspektor starszy działu przyrodniczego w Muzeum brytańskiem. — W Warszawie zmarł w dniu 29. z. m. Dr. Tomasz Wróblewski, we Lwowie w dniu 2. stycznia Dr. Kazimierz Gozdawa Godlewski, lekarz szpitalny, w Odesie Dr. Jan Czarnocki, współpracownik *Gazety lekarskiej* w 32 roku życia.

— **Konkurs**. Władza obwodowa w Banialuce w Bośnii rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Novi, stacyi kolejowéj. Obowiązkiem jego będzie załatwiać czynności policyjno-lekarskie i bezpłatnie leczyć miejscowych ubogich. W Novi jest apteka. Wymaga się doktoratu wszech nauk lekarskich otrzymanego w uniwersytecie austryackim lub węgierskim, znajomości języka bośniackiego lub innego słowiańskiego, dowodu zdrowia i praktycznego uzdolnienia. Zglaszać się należy niezwłocznie.

Korespondencya redakcyi.

Spełniając życzenie wielu Kolegów otwieramy w *Przeglądzie Lekarskim* niniejszem rubrykę, w której odpowiadać będziemy na zapytania czytelników i abonentów naszego pisma w sprawach tyczących się zawodu lekarskiego w ogólności. Jeżeliby odpowiedź nie nadawała się z jakiegokolwiek powodu do druku, wyślemy ją listownie i dlatego upraszamy Szanownych korespondujących o wyraźny podpis i dokładny adres.

— W celu ułatwienia kolegom członkom Towarzystwa lekarskiego krakowskiego podpisania adresu do kol. prof. Halbana będzie ten adres do podpisu w księgarni Wgo Krzyżanowskiego od poniedziałku 9. b. m. do soboty 14. b. m. włącznie.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.